419

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 décembre 1900, à 1 heure

Par ISIDORE A. BOMCHIS

Né à Crajova (Roumanie), le 23 janvier 1874

DU HOQUET

DANS

LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*.

Juges : MM. BOUCHARD, *professeur*
CHARRIN, } *agrégés*.
DESGREZ, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

119

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 décembre 1900, à 1 heure

Par ISIDORE A. BÖMCHIS

Né à Crajova (Roumanie), le 23 janvier 1874

DU HOQUET

DANS

LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ACAD LUDOVICI BIBL

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*.
Juges : MM. BOUCHARD, *professeur*.
CHARRIN, DESGREZ, } *agrégés*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR RISA

A MA MÈRE

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR G. DIEULAFOY

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0034

INTRODUCTION

Les hasards de la clinique nous ont fait observer presque en même temps, dans le service si actif de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu de Paris, deux cas de hoquet survenant au cours de l'évolution de la fièvre typhoïde, indépendamment de toute complication péritonitique.

Rapprochant ces deux belles observations des cas analogues antérieurement publiés, nous avons pu nous convaincre qu'il y avait là matière à édifier un travail d'ensemble intéressant ; d'autant plus que cette question du hoquet dans la fièvre typhoïde, si peu connue au point de vue clinique, est encore moins étudiée en ce qui concerne sa pathogénie.

Nous avons choisi d'autant plus volontiers ce sujet pour notre thèse inaugurale, qu'il ne s'y attache pas seulement un intérêt théorique, et que de la connaissance de ses caractères découlent des considérations pronostiques et surtout une application thérapeutique immédiate, la balnéation froide.

Dans ce travail, nous nous bornerons à traiter du hoquet passager, laissant de côté le hoquet symptomatique d'un retentissement de l'infection sur le péritoine, de même que le hoquet terminal qui peut survenir dans les dernières périodes de l'agonie des typhiques. Des deux

malades dont nous rapportons l'observation originale, l'un a guéri, l'autre a succombé, et malheureusement nous n'avons pu, dans ce dernier cas, avoir de constatation nécropsique.

Mais les travaux de pathologie expérimentale récents sur la toxine typhique sont venus éclairer d'un jour tout nouveau le mécanisme des manifestations de l'infection éberthienne, et en particulier celui des complications portant sur le système nerveux. Aussi, pensons-nous être en droit, malgré le défaut d'autopsies, d'esquisser une pathogénie du symptôme dont nous allons nous efforcer d'établir la valeur séméiologique.

Et maintenant, arrivé au terme de nos études médicales, c'est avec plaisir que nous nous reportons quelques années en arrière, alors que, jeune étudiant, nous faisions nos débuts à la Faculté de médecine de Bucarest. Nous n'avons pas oublié l'accueil bienveillant que nous avons toujours rencontré auprès des professeurs de cette Faculté. Nous aimons particulièrement à nous souvenir de MM. les professeurs Stoïcesco, Babès, Kalindero, Th. Jonnesco, Obregia, Félix, Maldaresco, Soutzu, Draghiesco, Severeano, Romniceano, Petresco, Demosthène et Petrini Paul, et nous les remercions bien vivement ici de tout le profit que nous avons tiré de leur enseignement.

Nous garderons toujours un profond sentiment de reconnaissance et d'admiration envers nos excellents maîtres de la Faculté de médecine de Paris, et particulièrement MM. les professeurs Brouardel, Hayem, Landouzy, Ray-

mond, Grancher, Bouchard, Debove, Potain, Duplay, Lannelongue, Mathias Duval, Jaccoud, Guyon, Fournier et MM. les professeurs agrégés Marfan, Gley, Widal, Charrin et P. Marie.

Nous remercions de tout cœur nos maîtres en obstétrique MM. les professeurs Pinard, Budin et MM. les professeurs agrégés Varnier et Maygrier dont l'enseignement clinique dans les hôpitaux d'accouchement nous a été si profitable.

M. le docteur Griffon, chef de laboratoire de M. le professeur Dieulafoy, a droit à nos meilleurs remerciements pour la sollicitude dont il nous a donné maintes preuves.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Buicliu, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous avons à cœur d'adresser un souvenir ému et reconnaissant au regretté docteur Fabricius, de Crajova.

Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir témoigner toute notre reconnaissance et notre vive admiration à notre vénéré maître M. le professeur Dieulafoy, dont les précieux conseils et les leçons magistrales, si brillantes et si instructives, nous guideront toujours dans notre carrière.

Il nous a fait en outre le plus grand honneur que nous pouvions ambitionner, celui d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien nous permettre de lui dédier ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Documents cliniques.

Avant de synthétiser les caractères avec lesquels peut se présenter le symptôme hoquet dans la fièvre typhoïde, exposons les observations qui peuvent servir de base à cette étude symptomatique ; et d'abord commençons par le récit détaillé de l'histoire des deux malades que nous avons personnellement observés de près.

Observation I [1].

Pom... Gustave, âgé de 39 ans, employé de commerce, entre, le 14 mars 1900, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Christophe, lit n° 22, service de M. le professeur Dieulafoy.

Il y a environ 15 jours, le malade a commencé à ressentir quelques troubles dans son état général ; il a été pris d'une lassitude inexplicable et ses forces ont diminué ; il ne pouvait accomplir qu'avec peine sa tâche journalière.

A la fin de la semaine dernière, c'est-à-dire il y a environ 8 jours, il a été pris le matin, en se levant, d'une violente céphalalgie siégeant d'abord derrière la tête, au niveau de l'occiput, ayant gagné ensuite le sinciput. En

(1) Cette observation, comme la suivante, a fait le sujet d'une leçon clinique de M. le professeur Dieulafoy, dans le service duquel nous l'avons recueillie.

même temps il se sent brisé et il a presque complètement perdu l'appétit.

Dimanche dernier, 11 mars, il veut sortir, mais il se sent tellement mal à l'aise qu'il est bientôt obligé de rentrer chez lui.

Les maux de tête ont persisté, assez violents. Le malade dit qu'à ce moment il avait une impression de *congestion*.

En se mouchant, le malade remarque que son mouchoir est taché par des stries sanguinolentes. Il y a donc eu un peu d'épistaxis.

Le lundi 12 mars, le malade reste couché chez lui et se purge. Un médecin, qu'il voit à ce moment, lui ordonne de la quinine.

Il y a *anorexie* complète, le malade prend un peu de lait et d'eau de Vichy.

Il n'y a pas de vomissements, mais seulement des nausées ; pas de diarrhée ni de constipation ; pas de vertige ni de bourdonnements d'oreilles.

Les maux de tête ont diminué d'intensité. Le malade semble avoir eu la fièvre : il a eu des frissons, suivis d'une chaleur intense et même un peu de délire.

La faiblesse a été en augmentant tous les jours. Le malade, d'après son expression même, se sent complètement démoli.

Etant seul chez lui, et ne pouvant se soigner, dans ces conditions, il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 14 mars.

Au premier abord, le malade ne semble pas présenter un mauvais état général. Il n'est pas amaigri ; le facies n'est pas mauvais.

Lorsqu'on l'interroge, le malade entend bien les questions qu'on lui pose ; il y répond sans difficulté, bien qu'avec une certaine lenteur d'élocution.

Cependant, le soir de son entrée (14 mars), il avait une *température* de 40° et ce matin (15 mars) il a encore 39° et 9 dixièmes.

Le *pouls* est à 100, peu résistant, mais non dicrote. La *langue* est sèche, blanchâtre au centre, d'un rouge vineux aux bords et à la pointe. La bouche est pâteuse : les dents sont sèches. L'anorexie est absolue.

Le *ventre* semble un peu ballonné, tympanisé, la fosse iliaque droite est sensible, on y entend des gargouillements. Il n'y a pas de diarrhée.

Du côté de l'*appareil respiratoire*, les poumons ne présentent pas de sibilances.

Appareil circulatoire : les bruits du cœur sont réguliers, mais rapides.

Le *foie* est normal dans ses dimensions, et pas douloureux. La *rate* est appréciable.

Les *urines* sont hautes en couleur, peu abondantes, troubles ; elles ont l'apparence du bouillon de bœuf. Si on les traite par l'acide nitrique, on voit apparaître un anneau albumineux et de l'indican à la partie inférieure du verre.

La diazoréaction de Ehrlich est positive.

En examinant le ventre du malade on trouve à peine une ou deux taches rosées lenticulaires ; on en trouve également une ou deux dans le dos.

Le *diagnostic* ne semble donc pas douteux : il s'agit d'une dothiénentérie d'intensité moyenne, au 8e ou 9e jour.

Le début lent et progressif de l'affection, la période d'as-

thénie générale qui l'a marqué, la céphalalgie, l'épistaxis, la marche de la température, les caractères du pouls et de la langue, enfin et surtout la constatation des taches rosées et la diazoréaction positive de Ehrlich permettent de porter ce diagnostic que viendra sûrement confirmer la séroréaction de Widal.

Le *pronostic* semble plutôt favorable : la température est élevée, il est vrai, mais elle est en rapport avec la période dans laquelle se trouve actuellement le malade. Le pouls est bon et marche de pair avec la température. Il n'y a pas trace de rythme fœtal.

Tout fait donc espérer la guérison. Ajoutons, comme renseignement supplémentaire, que le malade a eu une coxalgie à l'âge de 5 ans ; coxalgie, qui a guéri mais en laissant un fort raccourcissement de la jambe droite : 12 à 15 centimètres environ.

Depuis cette coxalgie, le malade ne signale dans son passé aucune grande maladie. Il a eu une blennorrhagie à l'âge de 20 ans ; pas de syphilis.

Du côté de ses antécédents héréditaires, rien à signaler.

16 *mars*. — Pouls 108. 4 bains froids.

17 *mars*. — Pouls 100. Le malade dit avoir eu le 15 mars un vomissement de lait caillé.

La langue est sèche et rôtie, surtout au centre ; les bords sont un peu humides et blanchâtres.

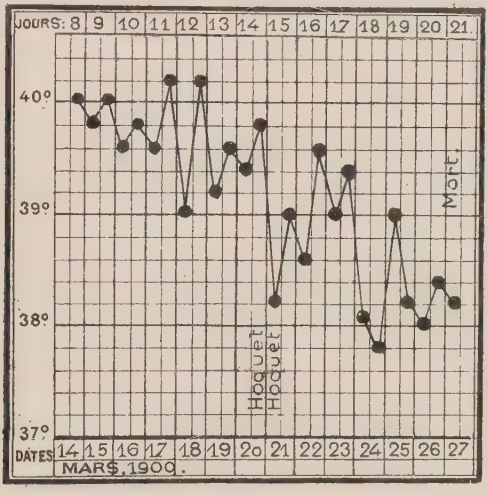
Cœur : battements rapides ; peut-être plus faibles qu'hier.

19 *mars*. — Pouls 108. Un peu moins d'urine ; légère

difficulté à uriner ; délire dans la nuit de samedi 17 à dimanche 18.

20 *mars*. — Pouls 104. Température 39°5 ; langue toujours sèche ; peu d'urine ; un demi-litre dans le bocal ; mais le malade en perd dans son bain. Ventre un peu sensible ; quantité d'albumine assez notable.

21 *mars*. — Délire ; le matin un peu de *hoquet* ; figure



très congestionnée ; les pommettes sont très rouges ; le malade a l'air abattu, fatigué.

Respiration 32 ; température 38°6. Pouls 94.

Urines : toujours peu d'urine ; elles sont troubles et renferment une notable quantité d'albumine.

23 *mars*. — *Hoquet* hier soir et ce matin.

Température 39°. Pouls 88 ; on continue les bains froids.

24 *mars*. — Pouls 96. Température 38°. Le malade a eu

hier dans la journée et dans la soirée plusieurs accès de *hoquet*. L'état semble à peu près stationnaire. Les urines sont toujours peu abondantes.

26 *mars*. — Pouls 96. Température 38°. Le malade a vomi hier son lait.

Le *hoquet* est persistant.

On ordonne comme traitement :

Eau de chaux	120 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 » 01
— de cocaïne.	0 » 005

27 *mars*. — Pouls 124, petit, faible.

Température 38°1 ; *le hoquet a disparu*.

Dyspnée très intense : on entend des gros râles dans la poitrine à distance.

Langue sèche, rôtie.

A 10 h. 1/2 du matin, le pouls est à 130 ; on note des sueurs froides, de la cyanose de la face et des extrémités.

Urines : pas tout à fait un litre ; albumine abondante ; râle trachéal.

A 11 h. moins le quart, on fait une injection de sérum de 250 grammes avec 5 centigrammes de caféine. Sous l'influence de cette injection il y a une légère amélioration : le malade semble sortir de sa torpeur ; il a l'air de comprendre ce qu'on lui dit.

Mais cette amélioration n'est que passagère et le malade meurt dans l'après-midi ; il semble qu'il se soit produit une paralysie des muscles de Reissessen ; catarrhe suffocant et encombrement des bronches.

L'autopsie n'a pu malheureusement être pratiquée.

OBSERVATION II (personnelle).

D... Elvire, âgée de 33 ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, lit n° 2, service de M. le professeur Dieulafoy, dans la nuit du 6 au 7 mars 1900.

Elle était malade depuis déjà plus d'une semaine.

Il y a 10 ou 11 jours, elle a été prise de frissons répétés, de céphalée violente, de courbature ; elle ressentait un malaise général et intense ; ses jambes refusaient de la porter ; elle avait des faiblesses, des étourdissements et avait dû se mettre au lit.

L'appétit de la malade était nul. Comme elle était constipée, elle s'est purgée, sans d'ailleurs bénéficier de la médicamentation. Pendant les premiers jours, notre malade n'aurait jamais saigné du nez, ni mouché du sang. Cependant, le vendredi 2 mars au matin, elle a eu un vomissement de sang rouge non caillé qui, émis au réveil, pourrait bien être le résultat d'une épistaxis que la malade aurait déglutie sans s'en douter pendant son sommeil.

7 *mars*. — La malade est dans un véritable état de stupeur ; son regard est fixe, ses traits sont immobiles ; son visage est pâle; ses traits sont amaigris. Elle a les yeux cernés, les narines pulvérulentes, agitées de battements rapides ; elle a de l'inégalité pupillaire ; sa langue est rouge sale, sèche, rôtie, fendillée ; les dents et les lèvres sont recouvertes de fuliginosités brunâtres.

La température est élevée (39°8) ; le pouls est rapide (il battait 92 pulsations à 11 h. du matin), régulier, un peu bondissant, sans aucune tendance au dicrotisme.

L'examen du ventre de la malade nous le montre souple,

non douloureux à la pression ; il n'existe qu'un léger degré de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La malade n'a pas de diarrhée ; elle ne présente, en aucun point du corps, d'éruption de taches rosées lenticulaires.

La rate et le foie sont un peu gros ; le bord antérieur du foie dépasse d'un travers de doigt environ le bord inférieur des fausses côtes.

A l'examen du thorax le poumon droit est en avant un peu moins sonore que le gauche, au-dessous de la clavicule ; il y a une légère augmentation des vibrations thoraciques à ce niveau ; à l'auscultation, la respiration est humée ; à droite le murmure vésiculaire est plus faible que du côté gauche. Il s'agit probablement là d'un foyer déjà ancien de bacillose pulmonaire.

En arrière : il y a dans toute la hauteur du poumon droit une diminution très nette de la sonorité à la percussion ; les vibrations thoraciques sont légèrement augmentées. L'auscultation fait percevoir à la base quelques râles sous-crépitants fins. La malade a donc un peu de congestion du poumon droit, diagnostic que vient corroborer l'examen des crachats visqueux, striés de sang, qu'elle expectore depuis deux ou trois jours.

Comme antécédents personnels, nous trouvons peu de chose dans l'histoire de cette malade. A l'âge de 4 ans elle a eu un abcès au niveau de l'angle de la mâchoire, sans qu'elle puisse spécifier si cet abcès s'est développé rapidement ou bien d'une manière torpide ; s'il a mis peu de temps, ou non, à guérir.

Elle en porte actuellement la cicatrice, gaufrée, au côté gauche du cou. C'était probablement une adénopathie froide de nature bacillaire.

Depuis, la malade s'est toujours bien portée. Elle n'est pas mariée, et n'a jamais eu d'enfants.

En présence de l'état typhoïde que présentait la malade, joint au mode de début de l'affection et à la notion de l'épidémicité de la fièvre typhoïde, le diagnostic de dothiénentérie est porté, avec une petite réserve pour l'hypothèse de tuberculose aiguë.

8 *mars*. — Le sérodiagnostic, pratiqué dès le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, se montre positif.

Depuis la veille à midi la malade a été prise d'un *hoquet continuel* qui a duré toute la soirée et toute la nuit. Elle est très abattue ; sa langue est sèche et rôtie, car la malade n'a presque pas pu boire, empêchée par son hoquet.

Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux, il y a de la matité à la base droite du thorax, avec râles sous-crépitants fins. Pas de points phréniques, mais l'inégalité pupillaire observée la veille persiste.

Se demandant si la fièvre typhoïde ne se compliquait pas d'une pleurésie diaphragmatique, M. Griffon, interne du service, fait une ponction exploratrice, à la base droite, sans résultat positif.

Traitement : deux injections, l'une le matin, l'autre le soir, de 0 gr. 005 de chlorhydrate de morphine.

9 *mars*. — Malgré la morphine, le hoquet n'a pas diminué ; il s'est répété par accès toute la journée et toute la nuit.

La malade ayant une température très élevée, on la plonge dans les bains froids (4 bains le 9 mars).

10 *mars*. — Dès le premier bain, le hoquet a diminué ;

le soir, il a presque disparu, et la malade peut reposer un peu pendant la nuit.

Le matin du 10 mars, au moment de la visite, il y a encore un ou deux accès de hoquet, très courts (cinq bains par jour).

11 *mars*. — Depuis la veille au matin le hoquet a complètement disparu. La langue de la malade est toujours sèche ; mais on y constate bien moins de fuliginosités.

La température est de 39°4.

12 *mars*. — La langue reste sèche, malgré les bains ; la malade est toujours dans l'état de tuphos.

14 *mars*. — La malade a été agitée la nuit précédente ; elle a eu un peu de délire. Elle est le matin dans un état adynamique assez prononcé.

15 *mars*. — L'état adynamique de la malade s'accentue. Elle a du délire de parole (elle se croit à la guerre des Boërs) et présente un peu de soubresaut des tendons. A la visite on lui prescrit :

Sirop d'éther.	30 gr.
Bromure de potassium	2 »
Musc.	0 » 20
Potion gommeuse q. s. pour.	125 »

Les jours suivants la fièvre diminue, l'état adynamique disparaît,

19 *mars*. — Trois bains. Température 38°2.

20 *mars*. — Deux bains.

21 *mars*. — Un bain.

22 *mars*. — Deux bains. Au cours de ces deux bains, la malade est prise de grands frissons. On cesse les bains.

23 *mars*. — La malade va de mieux en mieux.

24 *mars*. — La malade réclame à manger.

25 *mars*. — On lui donne un bouillon.

26 *mars*. — Rien à noter. Température 37°3.

27 *mars*. — La malade a eu une ascension de température à 40°. A l'auscultation, on trouve une congestion des bases pulmonaires et un souffle à droite ; on craint une pneumonie.

28 *mars*. — La température est retombée à 36°9 ; la malade semble aller bien de nouveau.

29 *mars*. — La malade se plaint de vives douleurs dans le côté droit de la tête au niveau de l'angle de la mâchoire. Il y a déjà quatre jours qu'a commencé cette poussée parotidienne ; mais la malade n'en a rien dit. La douleur est surtout accentuée au devant du tragus de l'oreille et au niveau du prolongement antérieur de la parotide. Elle s'irradie le long du canal de Sténon ; le côté droit de la face est un peu augmenté de volume. Il n'y a ni tension de la peau, ni rougeur. La palpation est douloureuse ; il n'y a pas d'empâtement de la glande ; mais le ganglion lymphatique situé en avant du tragus est un peu gros. La pression de la glande fait sourdre à l'orifice buccal du canal de Sténon une ou deux gouttes d'un liquide séro-purulent.

La température est de 38°.

30 *mars*. — La parotidite est restée stationnaire.

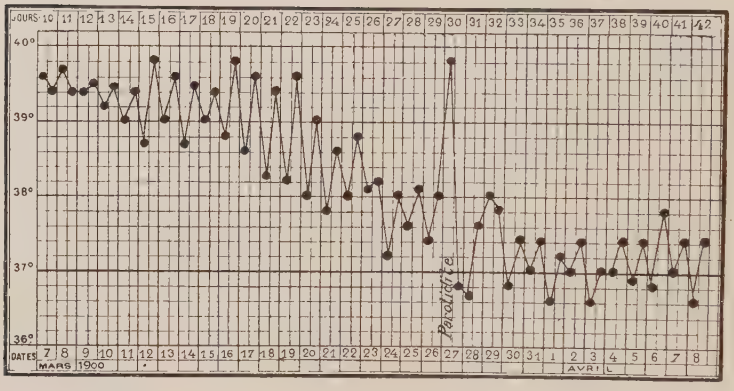
Température 37°.

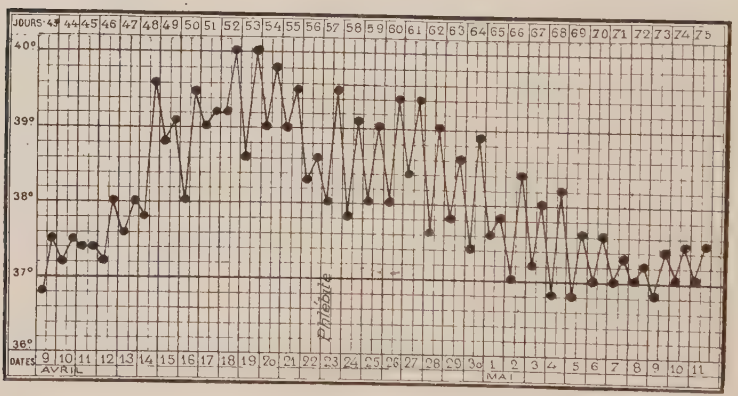
M. Nattan-Larrier, interne du service, fait l'examen du liquide séro-purulent prélevé au niveau de l'orifice du canal de Sténon. Il trouve trois espèces de microbes, parmi lesquels le staphylocoque.

31 *mars.* — La douleur a diminué ; la tuméfaction a presque disparu sans traitement spécial. Température 37°.

2 *avril.* — La parotidite est guérie.

La malade demande à manger.





5 *avril.* — La malade commence à s'alimenter.

Il n'y a plus de température ; le thermomètre marque 36°8.

Les jours suivants, la malade s'alimente trop abondamment.

14 *avril.* — Elle fait une rechute de sa fièvre typhoïde ; elle présente des taches rosées lenticulaires.

18 *avril.* — On redonne les bains froids.

19 *avril.* — Deux bains froids. Température : matin 38°6, soir 39°.

20 *avril.* — Trois bains froids. Température : matin 39°, soir 39°8.

On continue à donner les bains froids jusqu'au 25 avril et la malade prend quatre bains.

25 *avril.* — La malade accuse une sensation de froid dans les jambes et dans les pieds pendant les bains ; c'est un commencement de phlébite. Température : matin 38° ; soir 39°.

27 *avril.* — La malade ressent une douleur violente localisée surtout dans la jambe et dans la cuisse gauches.

On constate que le membre inférieur gauche est devenu plus volumineux ; on note de l'œdème de ce membre et une circulation collatérale sous-cutanée, avec veines bleuâtres très apparentes ; on a au toucher la sensation d'un cordon dur sur le trajet de la saphène interne, cordon qui remonte jusqu'à l'arcade crurale. Température : matin 38°4; soir 39°4. On ordonne un enveloppement ouaté du membre.

28 *avril.* — La malade a une douleur dans la cuisse droite ; on croit à une menace de phlébite de ce côté ; mais cet accident ne se produit pas.

Le genou gauche devient plus gros ; on ne trouve pourtant pas le choc rotulien. Température : matin 38°6, soir 39°.

L'enveloppement ouaté est conservé pendant 36 jours ; au bout de ce temps on tire la malade de son enveloppement, et on commence, vers le 3 juin, à lui mobiliser le genou.

14 *juillet*. — Forcé d'évacuer la salle Ste-Jeanne pour cause de réparations, on transporte la malade, — qui ne peut pas encore marcher, — dans le service de M. le professeur Brissaud, — salle Ste-Madeleine, où nous avons continué à la suivre.

Vers le 4 *septembre*, la malade présente de l'ankylose du genou gauche.

4 *octobre*. — On perçoit encore des craquements dans l'articulation du genou gauche ; la malade a de la difficulté à étendre la jambe. Elle présente de l'inégalité pupillaire.

On la garde jusqu'au mercredi 14 *novembre*. A cette époque, on l'envoie en convalescence au Vésinet. Elle a encore de la difficulté à marcher, mais l'état général est aussi bon que possible.

Observation III.

(Nosereau, *Journal de médecine*, 1785.)

Sur la fin d'octobre 1784, je fus appelé à l'auberge Saint-Jacques pour voir M. Lignon, qui était dans les premiers jours d'une fièvre violente.

Trois semaines avant de tomber malade, il ressentait quelques douleurs dans le bas-ventre avec malaise général.

Le 26 *octobre*, je trouvai le malade avec une fièvre violente, un pouls petit et vif ; j'y observai les caractères du pouls intestinal, compliqués du stomacal. Le bas-ventre était météorisé, les urines étaient rouges et épaisses, la langue blanche.

Des douleurs vagues se faisaient sentir dans toutes les parties du corps, notamment aux reins où elles étaient très aiguës.

Les redoublements de fièvre se prolongèrent tellement qu'on n'observait plus aucun intervalle entre eux ; le délire se manifestait de temps à autre, et dans la nuit du dernier octobre, le hoquet survint. Les différents symptômes de la maladie, tels que la sécheresse de la langue, la noirceur des dents et des lèvres, le météorisme du bas-ventre, me firent porter un pronostic sinistre. Les préparations d'opium, la liqueur minérale anodine d'Hoffmann, l'acide du citron, l'eau froide, tout fut inutile pour apaiser le hoquet ; les convulsions ne s'arrêtaient qu'un instant et recommençaient avec plus de violence. Le malade, tourmenté par des vents qui ne pouvaient sortir qu'avec beaucoup d'efforts, rendait quelques glaires par une expectoration très gênée, et alors les convulsions étaient moins vives et les intervalles plus longs.

Le mardi au soir, le malade rendit par la bouche un ver long et vivant. Le hoquet continua avec la même force. L'opium augmenta la transpiration sans amener aucun soulagement.

La fin du hoquet et de la vie du malade fut précédée d'un vomissement considérable de matière épaisse, tenace et de couleur de fer.

Observation IV.

(*Medicinisches Correspondenzblatt*, 1850, et *Gazette médicale de Paris*, 1850.)

Le Dr Camerer rapporte le fait d'un homme âgé de soixante-sept ans, d'une forte constitution, qui fut pris d'une fièvre typhoïde à forme ataxique ; traité dès le principe par le calomel, le malade, à partir du huitième jour, éprouva des sueurs abondantes, après lesquelles une amélioration sensible se déclara dans les symptômes ; mais quelques jours après, il survint une éruption aphteuse sur les deux côtés de la langue.

En même temps, le malade fut pris d'un hoquet très pénible qui le tourmentait surtout la nuit. Cependant les autres phénomènes morbides ne s'aggravaient point, si ce n'est une insomnie fatigante qui paraissait due à ce hoquet.

Emploi du sulfate de quinine avec laudanum et limonade gazeuse.

Au bout de quelques jours, sous l'influence de ces moyens, le hoquet disparut et la maladie marcha vers la guérison.

Observation V.

(Daureillan, Thèse de Bordeaux, 1895.)

M. D..., soixante-quatre ans, tonnelier, est atteint le 15 mars 1886 de fièvre typhoïde à forme abdominale : diarrhée abondante et particulièrement fétide ; dix à douze selles par vingt-quatre heures. Au trentième jour de la maladie, hémorrhagies intestinales très abondantes qui se prolongent pendant sept jours, amenant un abaissement considérable de la température qui, jusque-là, avait oscillé entre 39° le matin et 40° le soir.

En même temps que se produisent les hémorrhagies intestinales, se montre un hoquet convulsif, incessant, se produisant trente fois par minute, persistant pendant le sommeil. Ce hoquet dure pendant dix jours et dix nuits consécutifs sans interruption.

Guérison complète le 45e jour.

Le malade a eu une convalescence assez longue, mais il a parfaitement guéri et jouit depuis neuf ans d'une excellente santé.

L'examen de l'urine n'a pas été fait pendant toute la durée de la maladie.

Le cas a été particulièrement grave.

Observation VI.

(Daureillan, Thèse de Bordeaux, 1895.)

Mlle L.., 19 ans, tempérament lymphatique, polysarcique, a présenté, le 1er octobre 1899, des accidents très nets de fièvre typhoïde, caractérisés par de la céphalalgie avec diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, apparition de taches rosées lenticulaires. Congestion des deux bases des poumons. Pas d'augmentation de volume de la rate ; pas de délire ; pas d'hémorrhagies intestinales.

Durée de la maladie : jusqu'au 2 novembre 1894.

Jamais la température n'a dépassé 38°6.

Le seul phénomène remarquable a été une respiration suspirieuse, entrecoupée de soupirs très profonds, donnant un peu le type de la respiration de Cheyne-Stokes. Pendant la journée du 19 octobre, la nuit du même jour et la journée du 20 octobre, on constata une augmentation notable des soupirs; la malade éprouva quelques efforts de vomissements, et le hoquet apparut, se montrant par crises.

Douleur spontanée ressentie au niveau des 8e, 9e et 10e cartilages chondro-sternaux du côté gauche.

Douleur provoquée par la pression sur le trajet du nerf phrénique, excessivement intense pour le phrénique gauche entre les deux scalènes ou à la partie inférieure au niveau du bouton de Guéneau de Mussy, relativement moindre pour le droit moins hyperesthésié.

Etat vaporeux de la malade qui cependant n'était pas dans le coma.

Il est à remarquer que, depuis le début de la maladie, les urines ont été d'une rareté excessive (1/4 à 1/2 litre par jour), sans compensation soit du côté des sueurs, soit du côté des selles.

Le hoquet a été calmé par l'anesthésie du phrénique produite par l'application de compresses au niveau du cou et de la base de la poitrine, imbibées avec la solution :

Ether	} ââ 30 grammes.
Chloroforme	
Menthol.	4 —

La cessation du hoquet et des soupirs a été presque immédiate. Les reprises ont été en s'abaissant rapidement. Mais il est à noter également que cette détente fut accompagnée de la diurèse.

Observation VII (résumée).

(Daureillan, Thèse de Bordeaux, 1895.)

M. B..., 36 ans, professeur à la Faculté de médecine, éprouvait depuis le 7 octobre 1894, une grande lassitude et avait la bouche pâteuse.

15 *octobre.* — Toujours grande lassitude, malaise, inappétence. Le malade prend de la quinine. Altération des traits et fétidité de l'haleine. Température 39° environ.

17 *octobre.* — Pouls 80 ; température 39°.

19 *octobre.* — Le malade s'alite. Quelques taches rosées lenticulaires ; foie augmenté de volume, rate hypertrophiée ; le malade avait pris des cachets renfermant de la magnésie calcinée et du naphtol β ; il avait pris aussi de la quinine. Il a de la diarrhée ; cependant il peut se rendre à une réunion.

20 *octobre.* — Le malade s'alite définitivement ; il ressent un grand malaise et beaucoup de fatigue. Son affaissement est extrême. Il a toujours de la diarrhée ; temp. 38° à 39° ; fétidité de l'haleine.

22 *octobre.* — Matin 37°5 ; soir 39°4. Une selle diarrhéique.

23 *octobre.* — Même état général. Matin 37°5 ; soir 39°4. Une selle diarrhéique.

24 *octobre.* — Matin 37°5 ; soir 39°6.

25 *octobre*. — Matin 37°8 ; soir 38°8.

26 *octobre*. — Aggravation. Matin 38°4 ; soir 40°.

27 *octobre*. — Matin 37°6 ; soir 39°.

On donne un purgatif à la manne.

28 *octobre*. — Le malade a un petit accès de *hoquet* isolé, qui est remarqué par M. Arnozan. Matin 37°8 ; soir 39°.

L'analyse des urines est faite par M. Denigès. Quantité émise en 24 heures : 1,600 gr. Examen microscopique : dépôt abondant d'acide urique amorphe et d'urates acides. Densité à 15° centigrades = 1,029. Résidu sec à 100° par litre = 63 gr. 80. Résidu fixe au rouge par litre = 11 gr. 50. Réaction très acide ; couleur jaune foncé ; urée = 37 gr.par litre ; acide urique = 0 gr. 90 par litre ; chlorures = 4 gr.50 par litre (ClNa) ; phosphates = 3 gr.20 par litre ; sulfates = 2 gr. 85 par litre ; sucre, inosite, sels biliaires, matières colorantes biliaires = zéro ; urobiline = petite quantité ; indican augmenté ; sérine, globuline, pyine, peptone = zéro.

29 *octobre*. — Le hoquet revient par accès irréguliers.Le malade prend un purgatif léger à la manne. Matin 37°8 ; soir 38°.

30 *octobre*. — Le malade éprouve un accablement considérable.Il a un ou deux vomissements bilieux.La situation s'est très aggravée. Le hoquet apparaît d'une façon bien évidente. Il est caractérisé par des secousses plus ou moins éloignées. Il n'est encore à ce moment ni fréquent ni intense. La pression le long des espaces intercostaux, à droite et à gauche du sternum, ne provoque aucune douleur. Pas de douleur non plus le long du phrénique ni du pneumogastrique.

Le hoquet fatigue assez le malade pour que l'on prescrive, dans le but de le faire cesser, la potion suivante :

Hyposulfite de soude	0 gr. 80
Sirop de codéine pure.	30 »
Eau de laurier-cerise	5 »
Eau de tilleul	90 »

par grandes cuillerées toutes les heures.

On prescrit également du laudanum et de l'eau chloroformée.

Mais le hoquet résiste à tous ces médicaments. Matin 37°4 ; soir 37°6

31 *octobre.* — Matin 36°8 ; soir 37°. Toujours le hoquet et les vomissements. On donne :

Vin d'Espagne	90 gr.
Sirop de punch	30 »
Extrait mou de quinquina	4 »
Alcoolature d'aconit	2 »
Sulfate de quinine	0 » 60

par grandes cuillerées toutes les deux heures.

1er *novembre.* — Matin 37° ; soir 37°4. A ce moment, la température n'atteignant pas 38°, on prescrit :

Extrait mou de quinquina	4 gr.
Sirop de punch	20 »
Sirop d'écorce d'oranges amères	20 »
Alcoolature d'aconit	1 »
Eau glycérinée	80 »

La potion est très difficilement supportée.

Le hoquet persiste toujours et les crises se rapprochent de plus en plus. Des vomissements paraissent, assez abondants, tantôt verts, tantôt jaunes. Le malade ayant eu quelques tendances à la lypothymie, on croit à de la faiblesse cardiaque et on donne :

Citrate de caféine	0 gr. 80
Benzoate de soude	0 » 50
Sirop de vanille	40 »
Eau de citron	80 »

2 *novembre.* — Même état. Matin 37°2 ; soir 37°2.

3 *novembre.* — Matin 37° ; soir 37°6.

Le malade est dans un état moral déjà fâcheux à cette époque. Il considère sa fin comme prochaine, fait ses dernières recommandations et désespère de tout. La nuit, l'insomnie est à peu près complète. Le hoquet acquiert une grande violence. Le malade ne peut rien supporter. Contre le hoquet, on prescrit successivement des révulsifs au niveau des régions hépatique et épigastrique, des lavements de chloral, du sulfonal.

4 *novembre.* — Matin 37°4 ; soir 37°8.

Toujours hoquet, même intensité.

5 *novembre.* — Matin 37°6 ; soir 37°8. Même état.

6 *novembre.* — Matin 38° ; soir 38°2. Même état.

7 *novembre.* — Matin 37°6 ; soir 38°6. Même état.

8 *novembre.* — Matin 38°8 ; soir 39°. Même état général. On prescrit la solution suivante :

Bibromhydrate de quinine.	0 gr. 80
Eau distillée	10 »

Trois injections par jour.

Cette médication a été longtemps continuée.

9 *novembre.* — Matin 38°2 ; soir 38°4. On prescrit :

Hydrate de chloral cristallisé.	2 gr. 50
Laudanum	VI gouttes
Eau distillée.	120 gr.
Jaune d'œuf.	N° 1.

pour un lavement n° 2 à une heure d'intervalle.

10 *novembre.* — Matin 37°6 ; soir 38°. En présence du volume du foie, de la sensation d'amertume de la bouche et de vomissements bilieux, on prescrit :

Calomel à la vapeur	0 gr. 30

pour un cachet n° 2.

Ce calomel est d'ailleurs rejeté par le malade et on n'en prescrit plus à nouveau, à cause d'une légère hémorrhagie intestinale qui fait son apparition.

L'intensité du hoquet, sa fréquence et l'abondance des matières vomies vont toujours en augmentant. On donne :

1°	Hydrate de chloral cristallisé	3 gr.
	Laudanum de Sydenham	VI gouttes
	Eau distillée	120 gr.
	Jaune d'œuf	n° 1
2°	Eau distillée	5 gr.
	Chlorhydrate de morphine.	0 » 10
	Acide salicylique.	0 » 01

Un quart de seringue.

11 *novembre*. — Matin 38°, soir 38°.

L'état va toujours s'aggravant, du moins au point de vue du hoquet et des vomissements.

Les hémorrhagies intestinales ne sont pas assez abondantes pour expliquer l'abattement dans lequel se trouve le malade. C'est toujours le hoquet qui est le symptôme le plus alarmant. On prescrit :

1° Sirop d'écorce d'oranges amères . . . . . 150 gr.
Bromure de potassium . . . . . 10 »

Deux grandes cuillerées par jour.

2° Extrait thébaïque . . . . . 0 gr. 01
Extrait de belladone . . . . . 0 gr. 01
Iodoforme. . . . . 0 gr. 003

pour une pilule molle, n° 20, une toutes les heures.

3° 4 h. 1/2 du soir, injection de 0 gr. 01 de morphine.
6 h. du soir — —
9 h. 1/4 du soir — —
11 h. 1/2 du soir — —

12 *novembre*. — Matin : 38°6 ; soir : 38°4.

Le hoquet persiste toujours avec la même violence. Le malade a plusieurs secousses diaphragmatiques et l'exclamation vocale qui suit chaque secousse se compose d'une série de « ouh ! ouh ! ouh ! » successifs. Ces crises de hoquet empêchent le malade de boire, de parler. Un accès de vomissement provoqué par le malade ou survenant sous l'influence d'une cause quelconque, suspend le hoquet, sinon complètement, du moins pour un certain temps, allant de quelques minutes à une heure.

A travers la paroi abdominale très amaigrie, on voit, à chaque accès de hoquet, une série de secousses du diaphragme, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à ce qui se passe dans le flanc d'un cheval atteint de pousse.

A chaque secousse convulsive, le pouls disparaît aux deux radiales, où il n'est plus perceptible.

Du côté du ventre, on note seulement un peu d'hypertrophie du foie, lequel déborde le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt, et aussi un peu d'hypertrophie de la rate. Cependant, le malade éprouve dans la fosse iliaque droite des douleurs assez vives et telles qu'il ne peut y supporter l'exploration manuelle la plus douce. Pas de gargouillement. Pas de douleur à la pression dans les espaces intercostaux, à droite et à gauche, le long du sternum. Pas de douleur non plus le long du phrénique ni du pneumogastrique.

On donne :

Sulfonal	1 gr.
Menthol	0 » 20

pour un cachet n° 2, à prendre en deux fois.

A 4 h. 1/2 du matin, injection de 0 gr. 01 de morphine.

A 7 heures du matin, injection de 0 gr. 01 de morphine.

A midi 40, glace sur le ventre ; 1 h. 50, injection de 0 gr. 01 de morphine ; 2 heures, glace sur le ventre. De 6 heures à 9 heures du soir, pas de hoquet. De 9 heures à 9 h. 45, hoquet. De 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4, hoquet.

13 *novembre*. — Matin 38°8 ; soir 38°.

Matin : 1 h. 20' à 3 h. hoquet.
4 h. à 5 h. 1/4 hoquet.
6 h. 1/2 à 7 h. 1/2 hoquet.
10 h. 35' à 11 h. 40' sommeil.
11 h. 40' à 12 h. 55' hoquet.

Soir : 2 h. 1/2, injection de 0 gr. 01 de morphine.
3 h. 1/2, un cachet menthol et sulfonal.
3 h. 50', deuxième cachet pour arrêter le hoquet.
6 h. 10' un cachet sulfonal.
8 h. 41', le malade s'endort.
9 h. 50', il se réveille avec le hoquet ; injection hypodermique de quinine.

On donne un lavement à l'eau naphtolée ; il est rendu aussitôt.

Pouls variable, 110 à 126.

Le hoquet continuant, on donne à 10 h. 30' :

Sulfonal	0 gr. 50.
Menthol	0 » 10.

Un autre lavement naphtolé.

10 h. 45', le malade s'endort.

10 h. 50', il se réveille, mais n'a pas de hoquet, comme cela lui arrivait d'habitude. Il se rendort presque aussitôt jusqu'à 1 heure.

14 *novembre*. — 1 heure du matin, le hoquet commence très persistant. Le malade vomit. Pouls 130. On donne un cachet sulfonal et menthol. A 1 h. 20' le malade se rendort. Sommeil agité, respiration difficile, saccadée. Pouls 128. 2 h. 25' le malade se réveille, pas de hoquet (pour la seconde fois) ; il se rendort. A 4 heures, réveil, hoquet d'intensité moyenne ; il se rendort, sommeil ; le malade *a le hoquet pendant son sommeil*. A 6 heures, injection de quinine.

Puis le malade s'endort tranquillement ; respiration régulière.

A 7 h. 1/4 il se réveille ; hoquet, vomissements verdâtres ; selles assez abondantes, très fétides. Borborygmes, gaz par l'anus. Les hoquets sont moins fréquents, mais chacun des accès est plus prolongé, plus pénible.

A 8 heures, sommeil, respiration calme. Outre les cachets de menthol et sulfonal que prend le malade, on combat encore le hoquet par l'enveloppement du tronc dans un drap mouillé recouvert de ouate et d'un tissu imperméable. Sous l'influence de cette médication, le hoquet semble cesser pendant la journée : il ne se montre pas aussi fréquent, mais chacun des accès est plus long.

Ce jour-là le malade a une syncope. On croit qu'il va mourir, que le myocarde est atteint ; du côté du cœur on ne constate rien de particulier, on donne néanmoins :

Caféine	2 gr.
Benzoate de soude	3 »
Eau distillée	6 »

pour injections hypodermiques. Matin 38° ; soir 37°4.

15 *novembre*. — Le malade peut prendre quelques aliments liqui-

des, les vomissements devenant de moins en moins fréquents. Matin 38°6 ; soir 38°3. A 10 h. 1/2, hoquet de 1/4 d'heure. A 10 h. 50', vomissements ; on fait une injection de quinine ; on donne du sulfonal.

A 6 heures, hoquet. A 11 heures, une selle à peine teintée en rouge marron. Pas de nouvelles hémorrhagies.

Le malade est resté pour la première fois, depuis le début de la période du hoquet, de 10 h. 1/2 du matin jusqu'à 6 heures du soir sans avoir le hoquet.

16 *novembre*. — 6 h. 1/2 matin, injection quinine ; 9 heures, lavement naphtolé ; 11 heures, hoquet de dix minutes de durée ; pouls = 112. Enveloppement dans flanelle mouillée entourée de gutta.

A 12 h. 10', le hoquet reprend et cesse à 12 h. 20'. A 2 h. 10', vomissements verdâtres ; on fait une injection de 0 gr. 01 de morphine ; à 4 heures, injection de 0 gr. 30 de quinine ; à 5 h. 10', hoquet de cinq minutes ; à 6 h. 1/2, hoquet de vingt minutes ; à 7 h. 1/4, hoquet de dix minutes ; à 8 h. 45', hoquet de vingt minutes ; on donne un bain naphtolé ; enveloppement dans flanelle mouillée ; à 9 h. 20', vomissements verdâtres ; à 10 heures, hoquet de cinq minutes ; à 10 h. 20', lavement naphtolé ; à 10 h. 45', enveloppement dans flanelle mouillée. Température, matin 37°6 ; soir 37°4.

L'analyse des urines montre que leur composition est la même que celle de la veille ; mais il n'y a plus d'hémoglobine et le chiffre des chlorures monte à 1 gr. 60 par litre.

17 *novembre*. — A 12 h. 10', hoquet de 45 minutes ; piqûre de 0 gr. 01 de morphine. De 2 h. 20' à 2 h. 30', hoquet ; injection de 0 gr. 01 de morphine ; à 10 h. 50' matin piqûre quinine, à 6 h. 1/2, pouls 120 ; à 9 h. 30', un cachet avec :

Tannin	0 gr. 15
Iodoforme	0 » 02

à 11 heures, piqûre quinine.

Température, matin 37°4 ; soir 37°4.

18 *novembre*. — A 1 h. 30', un cachet tannin et iodoforme ; à 7 h. 15', un cachet tannin et iodoforme ; à 7 h. 30', piqûre quinine ; à 8 h. 20', pouls 112 ; à 11 heures, lavement naphtolé ; à 11 h. 20' et à 2 heures, un cachet tannin et iodoforme ; à 2 h. 15', quinine

en injection ; à 8 heures, cachet tannin et iodoforme ; à 10 heures, piqûre quinine.

Température, matin 37°2 ; soir 37°3.

A partir de ce moment, le malade n'a plus d'hémorrhagie. Les vomissements ont complètement disparu et le malade s'alimente très bien (lait, bouillon, vin, cacao). On donne de nouveau des toniques.

Le hoquet va toujours s'affaiblissant, et le malade en devient pour ainsi dire le maître, puisque lorsqu'il le sent venir, il est capable de l'arrêter en faisant soit des mouvements d'inspiration, soit des mouvements d'expiration forcés, suivant que le hoquet le prend en expiration ou en inspiration.

La température reste aux environs de 37°4 et de 37°5, sans défervescence nette le matin jusqu'au 30 novembre.

L'analyse des urines faite le 19 novembre donne : quantité = 1500 grammes ; densité à 15° = 1011,couleur normale ; le rapport chlorures/urée voisin de 1/25 à 1/30 dans les deux dernières analyses se relève à 1/8.

Urée, 8 grammes par litre ; acide urique, 0 gr 15 par litre ; chlorures, 1 gramme par litre ; phosphates, 0 gr. 75 par litre ; sulfates, 0 gr. 70 par litre ; indican augmenté.

A partir de ce moment, la convalescence est franchement établie. L'état mental du malade, qui a commencé à s'améliorer vers le 12 novembre,se montre de plus en plus satisfaisant et le malade part guéri le 17 décembre 1894 pour Nice.

CHAPITRE II

Description. — Diagnostic.

Maintenant que nous avons pris connaissance des documents qui existent sur la question du hoquet au cours de la fièvre typhoïde, essayons de dégager la physionomie clinique générale de cette intéressante complication.

Le hoquet ne se montre pas au début de la fièvre typhoïde ; il n'a jamais été noté comme faisant partie du cortège prodromique de cette maladie infectieuse ; c'est plutôt vers la fin du second septenaire ou dans le cours du troisième que se montre ce symptôme parfois si alarmant. Chez notre malade de l'observation I il ne s'est même montré que le 22e jour de la maladie ; chez la malade de notre observation II il est apparu dans le courant du second septenaire, vers le 11e jour.

L'apparition du hoquet dans la fièvre typhoïde est donc un phénomène relativement tardif ; à cette période l'organisme tout entier est imprégné du poison microbien.

Le hoquet apparaît pour la première fois soit le jour, soit la nuit à l'état de veille et même pendant le sommeil ; il est continu ou intermittent ; il peut se montrer par de petits accès isolés, séparés par de longs intervalles de rémission ; les accès peuvent devenir plus fréquents (40 par minute) et même subintrants. Mais le hoquet peut aussi être

continu d'emblée, comme chez la malade de notre observation II ; le malade ne peut plus dormir ; il a des vomissements bilieux ou autres ; on croit qu'il est en train de faire une perforation intestinale. On examine le ventre : pas de défense musculaire ; mais le ventre est ballonné ; on trouve des râles sibilants à la base ; on se demande si le malade ne fait pas une pleurésie diaphragmatique avec du hoquet consécutif ; mais ce malade a *trop de hoquet*.

Au niveau des insertions costales du diaphragme, on remarque une série de secousses diaphragmatiques, et, à chaque secousse, on entend une exclamation vocale constituée par une série de : « *ouh ! ouh !* » et aussi des : « *ah ! mon Dieu !* »

La scène est souvent terminée par un accès de vomissement, pour se reproduire à des intervalles plus ou moins longs.

On trouve parfois une douleur phrénique à la pression ; chez le malade de notre observation I les douleurs phréniques n'existaient pas.

Le hoquet peut être accompagné de borborygmes, de bâillements, de soupirs, d'éructations, de nausées et de vomissements, de douleurs de tête, de poitrine ; de fréquence et petitesse du pouls ; de rougeur de la face.

La forme continue du hoquet peut devenir intermittente ; la fréquence diminue ; le sommeil reparaît ; puis le hoquet, après une durée relativement considérable, peut céder, dompté par une médication appropriée, et disparaître.

L'influence du hoquet sur l'état général est grande : le système nerveux surmené cède ; la dépression est grave ;

le moral est atteint ; l'insomnie a sa part dans la production de cet état désespéré du malade ; le pouls, à chaque accès de hoquet, devient presque imperceptible ; les contractions du muscle cardiaque sont affaiblies ; le malade est exposé à des syncopes cardiaques. L'alimentation est entravée à la suite des vomissements incessants ; le malade peut succomber à l'inanition.

Tous ces phénomènes sont liés les uns aux autres ; leur union est si forte, qu'ils apportent par leur présence une gravité extrême à l'affection qui nous occupe.

Le *diagnostic* clinique du hoquet n'offre aucune difficulté : il n'en est pas de même du diagnostic étiologique, dont la connaissance pourtant est du plus haut intérêt, puisqu'il commande le pronostic. L'erreur dans laquelle on pourra le plus aisément tomber sera d'interpréter le hoquet simple comme un symptôme de péritonite. Voici comment s'exprime à ce sujet le professeur Dieulafoy dans son Manuel : « Il y a un signe qui me paraît avoir une réelle importance, c'est le hoquet : quand un malade, vers le troisième septénaire de sa fièvre typhoïde, se plaint de douleurs abdominales, quand des nausées et des vomissements apparaissent, quand le ventre se météorise plus que d'habitude, si le *hoquet* vient à se joindre à ces symptômes, même un hoquet furtif, léger, c'est que le péritoïne est en jeu.» Mais M. Dieulafoy se hâte d'ajouter : « Cependant le hoquet peut exister dans la fièvre typhoïde à titre d'accident *nerveux* indépendant de toute péritonite.... On aurait donc tort de considérer le hoquet comme un signe certain de péritonite. »

Et c'est en effet l'hypothèse de péritonite qu'il s'agit d'éliminer, quand on se trouve en face d'un malade qui présente du hoquet dans les conditions que nous avons énumérées. Soit qu'on pense à la péritonite par perforation de l'intestin au niveau d'une plaque de Peyer ou d'un follicule clos, soit qu'on craigne une infection du péritoine par appendicite para-typhoïde, processus qui, d'après le professeur Dieulafoy, engloberait la plupart des cas décrits autrefois (Trousseau, Thirial, etc.,) sous le nom de péritonite par propagation, le problème qui se pose est sensiblement le même : y a-t-il des signes qui traduisent la participation du péritoine au processus morbide ? Nous n'insisterons pas sur ces signes, aujourd'hui bien décrits et bien connus ; nous ne ferons que rappeler l'importance de l'étude de la courbe des températures, qui montre le plus souvent une chute brusque, dans le cas de péritonite par perforation, une élévation manifeste s'il s'agit d'une appendicite para-typhoïde, tandis qu'elle n'est pas sensiblement modifiée concurremment avec l'apparition du hoquet, dans le cas où ce symptôme n'est qu'un épiphénomène passager.

D'autres renseignements seront fournis par l'examen complet du malade, et en particulier par l'étude du pouls, dont on notera avec soin la qualité aussi bien que la quantité des battements.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Avant de tenter une explication du hoquet dans la fièvre typhoïde, nous croyons intéressant de jeter un coup d'œil sur l'histoire du hoquet en général, en commençant par sa définition.

§ 1.— Étude générale du hoquet.

Les différentes définitions du hoquet que nous nous sommes astreint à rechercher dans les divers ouvrages ne sont guère explicites sur la pathogénie du phénomène.

Dans le *Petit Dictionnaire de l'Académie Françoise ou abrégé de la cinquième édition du dictionnaire de l'Académie* par J. R. Masson (Paris, 1821) on lit :

Hoquet : Mouvement convulsif de l'estomac avec un son non articulé.

Dans le *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, par Dezeimeris (Paris, 1836), on trouve à l'article Hippocrate sous le titre *Convulsions* :

La convulsion vient de réplétion ou d'inanition ; *il en est de même du hoquet* (Aphorisme 39, section VI).

Littré donne la définition suivante, dans son *Dictionnaire de médecine* :

« *Hoquet*, s. m. (singultus, λὺγξ, λυγμὸς, all. Schluchzen,

angl. hiccough.,it.singhiozzo,esp.hipo) : Contraction spasmodique et subite du diaphragme, qui, en s'abaissant, détermine une secousse brusque des cavités thoracique et abdominale,accompagnée d'un bruit rauque particulier et d'un resserrement subit de la glotte par lequel l'inspiration est interceptée. C'est une inspiration convulsive qui se produit le plus souvent par suite de la distension de l'estomac, et qui cesse ordinairement lorsque le rythme respiratoire est modifié par une suspension momentanée de la respiration. »

MM. Viault et Jolyet dans leur *Traité de Physiologie*, définissent ainsi le hoquet :

« Le *hoquet* est caractérisé par une contraction brusque, involontaire et convulsive du diaphragme produisant un appel d'air assez violent pour mettre en vibration les cordes vocales quoique non tendues. »

Voici maintenant la définition donnée par MM. Langlois et Varigny :

« *Hoquet.* — Inspiration brusque, due à une brusque contraction du diaphragme. Le bruit est dû à la vibration des lèvres de la glotte, qui souvent va jusqu'à se fermer.

Survient souvent après les repas, surtout si l'on a beaucoup mangé. On ne sait pourquoi il se produit, en réalité. »

Fabre, dans son *Dict. des dict. de méd.*, paru en 1840, à l'article *Hoquet*, nous dit : On désigne ainsi un phénomène caractérisé par une contraction convulsive du diaphragme, accompagnée d'une inspiration rapide et bruyante, avec resserrement spasmodique du larynx. Cet accident a été

indiqué par quelques personnes sous le nom de *sanglot*, *singultus* des Latins.

Les auteurs sont peu d'accord sur la théorie du hoquet. Les anciens, à l'exemple d'Hippocrate, en plaçaient le siège dans l'estomac, et ont grand soin de le différencier de l'éructation et du vomissement. F. Plater (L. II, *de funct. laes.*, c. v), s'apercevant que la première opinion ne peut servir à expliquer tous les phénomènes du hoquet, jugea à propos de le placer dans le diaphragme. Un grand nombre de médecins adoptèrent cette opinion, que l'on trouve très bien développée et appuyée sur de très bonnes raisons, dans la *Médecine pratique* d'Ettmuller (t. I, p. 329, trad. fr., Lyon, 1699) ; d'autres, tels que Dolaeus (V. Planque, *Bibl. chois. de méd.*, t. XV, p. 8, édit. in-12), prirent un moyen terme et dirent que l'orifice supérieur de l'estomac était affecté le premier, et que le diaphragme ne l'était que par correspondance.

Suivant De La Mettrie (*Inst. Boerh.*, t. VII, p. 273) la contraction des fibres longitudinales de l'œsophage joue un certain rôle dans le hoquet ; cette contraction élève l'œsophage vers le gosier, tandis que l'estomac et le diaphragme sont tirés en bas. Quelques autres ont placé le point de départ du phénomène en question dans la poitrine. Quoi qu'il en soit de ces différentes hypothèses, il faut reconnaître que, si le siège de la convulsion qui constitue le hoquet est bien véritablement dans le diaphragme, le point de départ est assez souvent une affection des centres nerveux.

Dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* publié à Paris sous la direction de M. le profes-

seur Jaccoud, nous trouvons à l'article *Hoquet* : « On donne le nom de hoquet (λυγμὸς, singultus, Schluchzen, Hiccough ou Hiccup) à un phénomène spasmodique, caractérisé par une tension subite du diaphragme, immédiatement suivie d'une bruyante éructation, d'une inspiration incomplète et d'un mouvement naturel d'expiration. »

Nous lisons dans le *Dictionnaire* Dechambre, IV^e^ série, t. XIV, p. 425 :

Hoquet. — Grec, λυγξ-λυγμος ; latin, *singultus* ; allemand, Schluchzen ; anglais, Hiccough ; italien, Sigkiozzo ; espagnol, *hipo.*

Définition. — « De tous les points de l'histoire physiologique et clinique du hoquet, celui qui divise le moins les observateurs, c'est sa définition.

Qu'est-ce que le hoquet ? Une contraction subite et spasmodique du diaphragme déterminant une brusque secousse de la paroi abdominale et thoracique et s'accompagnant d'un bruit rauque inarticulé causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte. »

Si nous avons reproduit les opinions de tous ces auteurs, c'est pour montrer qu'ils ne diffèrent guère d'opinion en ce qui concerne la succession des actes qui constituent le hoquet : contraction du diaphragme, agitation convulsive de l'abdomen et du thorax, vibration de la glotte et production d'un bruit sonore.

Le hoquet est un acte de l'inspiration. Quant aux causes qui produisent le hoquet, l'accord est alors loin d'être complet. Les uns considèrent le hoquet comme le résultat d'un trouble des voies digestives, les autres mettent son origine

dans un trouble des voies respiratoires ; nous trouvons le hoquet dans l'hystérie, dans les affections des organes génito-urinaires, dans le saturnisme, chez les tabagiques. Il existe dans les fièvres intermittentes. On peut aussi le noter, et c'est là le point que nous tentons de mettre aujourd'hui en relief, dans le cours de la fièvre typhoïde.

§ 2. — Historique.

Les premiers médecins qui aient observé le hoquet dans le cours d'une fièvre typhoïde sont : Lentilius (R.). — Febris maligna singultuosa non lethalis confirmatio. *Misc. Acad. nat. curios.*, 1685. Norimb, 1705. 2, decuria IV, 292-299.— Tilingius.— De febri maligna singultuosa non lœthali in feminâ quàdam. *Misc. Acad. nat. curios.*, 1683, Norimb, 1698. 2, decuria II, 124-132.— Beigel. — Typhus abdominalis, gefahr drohender singultus im stadium reconvalescentiœ, Heilung durch faradisation des zwerchfells (*Wien. med. Wochenschr.*, 1859, IX, 837).

Monneret, dans son *Traité de pathologie générale*, nous dit :

« Il n'est pas rare d'observer le *hoquet* sympathique chez les sujets atteints d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral, de *fièvre typhoïde*, d'ictère grave, d'hémorrhagies scorbutiques. »

Graves, dans ses admirables *Leçons de clinique médicale sur la fièvre typhoïde*, dit avec le ton assuré de celui qui a beaucoup vu: « Parlons maintenant du hoquet. Lorsque cet accident survient dans le typhus, il est généralement dû à un état congestif de la muqueuse gastro-intestinale et à la

distension du tube digestif par des gaz. J'en ai observé avec le docteur Ireland un cas bien remarquable : un homme d'une grande corpulence avait un typhus tacheté ; il eut du hoquet pendant plusieurs jours ; et sa sœur qui veillait sur lui avec la plus vive sollicitude a noté que ce hoquet durait plus de dix-huit heures sur vingt-quatre.

Les moyens que je vous ai fait connaître à propos de la tympanite trouvent encore ici leur application et le traitement est susceptible des mêmes variétés. Si le hoquet survient au commencement de la maladie, s'il est accompagné d'une soif vive, de sécheresse de la langue et de douleur à l'épigastre, il faut appliquer des sangsues sur cette région, prescrire de petites quantités d'eau glacée, la diète absolue et des lavements apéritifs. Mais si cet accident n'apparaît que plus tard, nous devons employer des liniments excitants, en friction sur la colonne vertébrale ; nous ferons en même temps poser un vésicatoire à l'épigastre ; s'il y a de la constipation et de la tympanite, nous aurons recours à la térébenthine administrée par la bouche ou en lavement, et nous aurons soin de soutenir les forces du malade avec du vin et des aliments appropriés.

La térébenthine sera ici avantageusement prescrite à la dose de 2-3 drachmes (8-12 gr.), unie à de l'huile de castor ; mais s'il y a de la diarrhée avec la tympanite, ce sera le cas d'employer l'acétate de plomb comme je vous l'ai dit déjà et quelques stimulants à doses faibles, mais répétées ; la térébenthine et l'éther unis à l'opium nous rendent ici des services.

Le hoquet survient quelquefois sans aucun dérangement appréciable des organes digestifs et sans que nous puissions en découvrir la cause réelle.

Notre traitement ne peut être alors qu'empirique et nous obtiendrons souvent l'amendement de ce symptôme par l'emploi de quelque substance qui agit sur le système nerveux.

Mais je vous l'ai dit, le traitement devient purement empirique ; les alcalis réussiront dans quelques cas ; ailleurs, les acides seuls seront utiles. Les mêmes observations sont applicables à l'emploi de la glace, de l'eau très chaude, à l'usage des narcotiques et des stimulants, comme le musc, le camphre, etc. »

Loquet, dans sa thèse (Paris, 1865), écrit seulement : « Je pourrais, à la suite de cette observation, rappeler des cas de hoquet dans la fièvre typhoïde et qui ont également cédé à l'emploi du sulfate de quinine ; mais il me semble avoir constaté d'une manière suffisante l'existence de ce symptôme dans ces maladies à type intermittent, pour qu'il me soit permis de me demander quel rapport il peut avoir avec ces affections. »

Murchison, traitant de la symptomatologie de la fièvre typhoïde, à propos du symptôme : agitation musculaire, parle « des mouvements spasmodiques, tels que soubresauts, contractions de la bouche, carphologie, *hoquets prolongés*, qui ne se manifestent que dans le stade avancé des cas graves ».

Les observations que nous avons trouvées d'autre part dans la littérature médicale sont : l'une, de Nosereau dans le *Journal de médecine* de 1785 ; l'autre dans la *Medicinisches Correspondenzblatt* de 1850, l'autre dans les *Cliniques* de Graves et trois autres dans la thèse de Daureillan, 1895.

§ 3. — Essai de pathogénie.

La multiplicité des théories invoquées pour expliquer la production du hoquet simple au cours de la fièvre typhoïde prouve que pendant longtemps la pathogénie de ce symptôme a été entourée de la plus grande obscurité.

La plus simple des hypothèses fut d'abord celle qui faisait du hoquet une conséquence du météorisme abdominal, phénomène que Maissiat, dans ses *Études de physique animale*, incrimine comme la cause première des contractions du diaphragme.

Loquet, dans sa thèse de Paris de 1865, rapporte deux observations tendant à démontrer que le hoquet est parfois le symptôme d'une congestion de la rate dans les fièvres intermittentes, et il ajoute : « Je pourrais rappeler des cas de hoquet dans la fièvre typhoïde et qui ont également cédé à l'emploi du sulfate de quinine. »

Daureillan (thèse de Bordeaux, 1895), voulant se convaincre si le hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde peut être dû aux ulcérations de l'œsophage que l'on rencontre parfois, d'après Louis, dans cette maladie, a expérimenté sur deux chiens, en leur produisant des ulcérations de l'œsophage à l'aide de l'acide sulfurique et de l'acide nitrique. Les expériences ayant été négatives, Daureillan pense que les ulcérations de l'œsophage ne provoquent pas de hoquet chez un individu bien portant, mais qu'à l'état pathologique et dans des conditions d'infection elles le détermineraient peut-être.

On a incriminé aussi l'action irritante de la bile sur les

muqueuses de l'estomac et du duodénum. Hansa et Henning (in *Hufelands Journ.*), Fink dans *Gallenkrankts* ont signalé l'influence de la bile sur la production du hoquet. Daureillan cite une observation (que nous avons reproduite) dans laquelle le hoquet alternait avec les vomissements bilieux. Chez notre malade de l'observation II, nous n'avons pas eu de vomissements bilieux. Les vomissements étaient simples, pituiteux.

On a dit que les hémorrhagies intestinales pouvaient être la cause du hoquet.

Nous ne le croyons pas, malgré leur coïncidence possible avec le hoquet.

Dans les maladies infectieuses : dans la grippe, dans la scarlatine, dans la pneumonie, on a signalé des cas de hoquet continu ou intermittent (Obs. de M. Chambard-Sténon, dans le *Lyon médical* de 1892 ; Constable in *the Lancet*, 1869).

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, publié sous la direction de M. Dechambre, nous trouvons à l'article Hoquet, sous la signature de M. Ch. Eloy, les lignes suivantes :

« Le hoquet s'observe dans les intoxications. On l'a signalé depuis longtemps dans les coliques de plomb, et ce *hoquet des saturnins* relève vraisemblablement des mêmes causes que les autres spasmes musculaires observés dans cet empoisonnement.

Un *hoquet toxique* moins connu est le *hoquet tabagique*, dont M. H. Huchard nous signalait dernièrement un cas. On sait que la nicotine provoque le spasme musculaire, et le diaphragme n'échappe pas à cette action.

« A côté de ces hoquets toxiques ne pourrait-on pas

donner place aux *hoquets des maladies fébriles, hoquet des fiévreux*, dans les accès intermittents pernicieux (fièvres intermittentes singultueuses des Anciens), *dans la fièvre typhoïde* et à la période ultime du choléra et du scorbut? Qu'il soit un signe d'ataxo-adynamie au même titre que d'autres troubles nerveux ; qu'il soit dû à l'action de l'agent morbigène, microbe ou ptomaïne, sur les centres nerveux, peu importe : il a pour cause, comme les hoquets toxiques, les altérations du sang et vraisemblablement *l'intoxication.* »

C'est en effet la notion d'intoxication de l'organisme, et en particulier des centres nerveux sous la dépendance desquels est le phénomène du hoquet, qui rend le mieux compte aujourd'hui de la production et de l'évolution du hoquet simple dans la fièvre typhoïde. Aussi c'est à la théorie nerveuse, à la théorie de la mise en jeu du système nerveux central que nous nous rattachons.

Les altérations macroscopiques des centres nerveux ne sont pas rares à l'autopsie des typhiques ; elles consistent surtout en lésions congestives, œdémateuses ; parfois elles sont plus profondes. Du côté de l'axe cérébro-spinal, on a noté, outre les congestions méningées intenses, des hémorrhagies bulbaires, des foyers de ramollissement blanc de la moelle.

Les lésions histologiques de ces centres, pour être encore mal connues, ne sont pas moins certaines. Meynert a décrit la dégénérescence pigmentaire des cellules nerveuses ; Popoff, l'infiltration leucocytique des gaines péri-vasculaires.

Mais nous n'avons pas besoin de supposer l'existence

d'une lésion macroscopique, ni même microscopique, des centres nerveux du malade qui, au cours de sa fièvre typhoïde, vient à présenter du hoquet. Nous n'avons même pas besoin d'incriminer la présence en un point de l'axe cérébro-spinal du bacille typhique agissant ainsi *in situ* ; présence possible, puisqu'elle a été maintes fois constatée (Tordeus, Fernet, Georgewitch, Tictine, Daddi, Stühle, Troisier, Fernet, Jemma, Chantemesse et Ramond).

La toxine, élaborée dans l'organisme par le microbe spécifique de la fièvre typhoïde, peut à elle seule déterminer au niveau des centres nerveux des modifications dynamiques ou des altérations organiques extrêmement légères, suffisantes pour expliquer l'apparition et l'évolution passagère du symptôme hoquet. Voyons si nos connaissances sur la toxine typhique s'accordent avec cette conception.

Les recherches de Sanarelli et surtout celles dont Chantemesse a communiqué les résultats au *Congrès international d'hygiène* tenu à Madrid en avril 1898, montrent que les effets expérimentaux de la toxine soluble du bacille typhique sont variables suivant les animaux inoculés. Si, comme l'ont fait Chantemesse et Courtade, on s'adresse à la grenouille, on voit nettement que les premiers effets de la toxine typhique se font sentir sur les centres nerveux.

Ainsi, un à deux centimètres cubes de toxine, injectés sous la peau ou dans le péritoine de la grenouille, produisent des effets qui se montrent en quelques minutes si la toxine est très active, ou en vingt-cinq ou trente minutes si elle est plus faible. C'est d'abord une paresse générale,

qui gêne la marche et le saut ; les mouvements deviennent de plus en plus difficiles et l'animal ne répond à aucune excitation sensitive. Pendant la durée de cette paralysie, les muscles répondent très bien aux excitations faradiques. Si, avant l'injection, on isole les nerfs lointains et que par une ligature on serre les parties de manière à empêcher toute circulation dans les membres inférieurs, l'excitabilité musculaire persiste pendant l'état paralytique. Donc la toxine typhique, concluent Chantemesse et Courtade, n'agit pas à la manière du curare. Elle n'agit pas non plus sur les filets nerveux, car, dans l'état paralytique, l'excitation du sciatique par le courant amène, comme à l'ordinaire, pour la même intensité, la contraction du gastrocnémien. La cause de l'impotence musculaire réside dans l'altération des centres nerveux. On sait que la section de la tête d'une grenouille augmente l'irritabilité réflexe de la moelle ; si l'on pratique cette section sur la grenouille intoxiquée, on voit que l'irritabilité réflexe a disparu, et cependant, à ce moment même, l'excitation électrique de la moelle, par action des cordons blancs, détermine encore des contractions très fortes dans les membres. Les centres cérébraux ne sont paralysés qu'après que l'excitabilité réflexe médullaire n'existe plus (Chantemesse et Courtade).

Ainsi, comme nous le disions plus haut, c'est tout d'abord sur les centres nerveux que la toxine du bacille d'Eberth porte son action. La moelle est touchée la première ; puis c'est le tour du cerveau ; en dernier lieu, ce sont les centres bulbaires et cardiaques qui sont actionnés par le poison.

La médecine expérimentale vient donc confirmer, ici encore, les données de la clinique, et jeter un jour tout nouveau sur la pathogénie de certains troubles nerveux observés au cours des maladies infectieuses.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Du fait que le hoquet survenant au cours d'une fièvre typhoïde exprime une intoxication profonde des centres nerveux par le poison éberthien, il s'ensuit que le pronostic de cette complication n'est pas sans offrir un caractère d'une certaine gravité. Il est cependant moins sombre que ne le pensent les auteurs qui ont étudié le hoquet dans les maladies infectieuses, et cela parce que ces auteurs avaient surtout en vue le hoquet terminal, le hoquet ultime agonique. « La valeur pronostique du hoquet n'a rien d'absolu, écrit Larcher (*Dictionnaire de* Jaccoud, art. *hoquet*) et l'on peut dire qu'elle est, en quelque sorte, toute d'emprunt ; mais chacun sait néanmoins que, vers le déclin d'une maladie grave, la convulsion spasmodique vient souvent s'ajouter aux divers phénomènes dont l'ensemble fait redouter une fin prochaine, et, par conséquent, on ne peut s'empêcher de considérer comme d'un mauvais augure l'apparition du hoquet au milieu de semblables circonstances. »

En somme, presque tous les auteurs sont d'accord pour faire du hoquet un symptôme d'un pronostic très grave. Cependant, en 1685, Lentilius écrivait : « *Febris maligna singultuosa non lethalis* et dans la relation d'épidémie de

fièvre typhoïde qui régna en Islande de 1817 à 1827, on cite de nombreux cas de fièvre typhoïde avec hoquet, s'étant terminés par la guérison.

Le point capital, pour porter un pronostic raisonné, est d'analyser et d'apprécier les symptômes qui font partie du cortège morbide au milieu duquel apparaît le hoquet. Il est évident que l'apparition de ce phénomène ne sera jamais de bon augure, puisqu'il traduit, comme nous l'avons dit, une intoxication des centres nerveux ; mais tout dépend de la résistance qu'oppose l'organisme à l'infection éberthienne, du fonctionnement du foie et des reins, du taux et de la qualité des urines, de l'état de la température, du pouls et de la langue, tous phénomènes qui, bien plus que la constatation du hoquet, règlent le pronostic général de la maladie.

CHAPITRE V

Traitement.

Les divers moyens thérapeutiques préconisés pour suspendre les convulsions du hoquet typhoïdique se bornent presque tous à être symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ne s'adressent pas à la cause première, à la maladie générale dont le hoquet semble être l'expression. C'est ainsi que l'on a tenté la plupart des moyens que l'on oppose journellement au hoquet vulgaire ; ceux-ci sont, on le sait, très variés, depuis ce moyen connu et populaire qui consiste à arrêter la respiration le plus longtemps possible ou à en modifier le rythme d'une manière quelconque, jusqu'aux ingestions de glace, de boissons glacées, de chloroforme, de chloral, de cocaïne ; jusqu'à la compression des nerfs phréniques et pneumogastriques, les pulvérisations d'éther et les applications de compresses chloroformées sur la région sternale. On a préconisé la révulsion par la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu ; on a utilisé le jaborandi, la pilocarpine et la digitale.

La valériane, le valérianate d'ammoniaque, les bromures, l'opium, la belladone, le sulfonal ont eu leurs succès, toujours dans le cas de hoquet ordinaire.

Gola nous cite un cas de hoquet chronique guéri à l'aide de l'acide sulfurique. Gamberini a employé l'acupuncture et le galvanisme avec succès.

Boyer employa la pression épigastrique, Rullier la cautérisation actuelle pratiquée à l'épigastre. Latour et Marage ont utilisé le chloroforme, Rose les pulvérisations d'éther sur l'épigastre et à la nuque.

Mais, il faut avant tout, quand on veut opposer une thérapeutique au hoquet, se rendre compte de la variété à laquelle on a affaire, hoquet idiopathique, ou, comme dans le cas qui nous occupe ici, hoquet symptomatique.

Le premier est ordinairement peu grave et cesse le plus souvent de lui-même ; une peur, une surprise, quelques gorgées d'eau froide, pure ou acidulée, une aspersion d'eau froide sur le visage, l'attention fortement fixée vers un autre objet, l'étonnement, etc. suffisent d'ordinaire. Si le mal se prolonge et tourmente excessivement les malades, on retirera de grands avantages des bains froids donnés par surprises. On pourra avec succès appliquer sur l'épigastre une vessie remplie de glace, ou en faire avaler des morceaux (Fabre).

Le hoquet symptomatique appelle, au contraire, un traitement étiologique, et, comme le dit Charles Eloy (*Dict.* de Jaccoud), accident contingent du cours d'affections fort diverses, sa médication doit être celle de ces états morbides.

Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, on a donné le naphtol, benzonaphtol, charbon, salol, acide salicylique, etc. Graves recommandait l'essence de térébenthine. Le calomel à la dose de 0 gr. 60 par jour a été aussi employé ; le sulfate de quinine aurait une action sur l'hypertrophie de la rate. L'électrisation des nerfs phréniques soit par les courants galvaniques soit par les courants faradiques a eu aussi son heure de faveur.

Daureillan recommande la mixture suivante, à appliquer en compresses sur la région du cou :

Ether	ää	30 gr.
Chloroforme		
Menthol		4 gr.

Mais le grand défaut de tous ces traitements est de ne pas s'adresser à la cause directe du hoquet, qui est, dans l'espèce, l'intoxication. L'indication première est incontestablement, ici, de favoriser l'élimination des toxines emmagasinées par l'organisme du typhique et concentrées en ce moment sur les centres nerveux. Or la médication qui répond le mieux à ce desideratum est sans contredit la balnéation, les grands bains froids à 22° prolongés pendant dix à douze minutes suivant la technique couramment suivie aujourd'hui. En même temps, on fera absorber au malade des boissons abondantes ; si la faible quantité des urines, la sécheresse de la bouche le commandent, on fera des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Bref, on désintoxiquera le malade par tous les moyens à notre disposition, et l'on verra bientôt l'urination se rétablir, le calme revenir et le hoquet cesser.

C'est par la balnéation froide qu'a été traitée la malade qui fait le sujet de notre observation II, et nous avons vu que la guérison du hoquet ne s'était pas fait longtemps attendre dans ce cas.

CONCLUSIONS

I. — Au nombre des complications qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, il faut compter le *hoquet*, non pas seulement le hoquet symptomatique d'une péritonite typhoïdique, ou d'une appendicite para-typhoïde, mais le hoquet passager, indépendant de toute propagation de l'infection au péritoine.

II. — Au point de vue symptomatique, le hoquet dont nous parlons ne présente rien de bien particulier. Il est intermittent ou continu, accompagné ou non de vomissements.

III. — Le diagnostic de cette variété de hoquet est de la plus grande importance, puisqu'il s'agit d'éliminer la péritonite par perforation intestinale, et l'appendicite para-typhoïde, ancienne péritonite par propagation de Thirial (Dieulafoy).

IV. — La pathogénie de ce symptôme demeure encore obscure. Cependant, les recherches de médecine expérimentale (Chantemesse) récentes, permettent d'incriminer une intoxication des centres nerveux par le poison soluble typhoïdique (toxine du bacille d'Eberth).

V. — Le pronostic du hoquet passager n'est pas toujours fâcheux ; aussi ne doit-on plus dire : hoquet, péritonite, mort. Par ce fait, cependant, qu'il exprime une

intoxication profonde de l'économie, le hoquet typhoïdique est souvent une complication sérieuse, qui nécessite un traitement énergique.

VI. — Le traitement du hoquet passager est, par excellence, l'administration des bains froids ; il faut les prescrire sans aucune hésitation et avec toutes les règles habituelles, car cette thérapeutique seule permet de désintoxiquer l'organisme du malade, et peut faire cesser par conséquent l'action de la toxine typhique sur le système nerveux.

Vu :
Le Président de la thèse,
DIEULAFOY.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bouchard. — *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*. Paris, 1887.

Boyer (Léon). — Du hoquet continu et de son traitement par la pression épigastrique. *Revue médico-chirurg.*, 1847 et *Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XVI, 1848, p. 112.

Chantemesse (A.). — *Traité de médecine* CHARCOT-BOUCHARD, tome II (deuxième édition).

Constable (J.). — Case of persistent and alarming Hiccough in Pneumonia, cured by the subcutaneous injection of morphia. *The Lancet*, 1869, p. 264.

Daureillan (J. Fr.). — *Du hoquet dans le cours de la f. typh.* Thèse de Bordeaux, 1895.

Dezeimeris. — *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*. Paris, 1836.

Dechambre. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1880.

Dieulafoy (G.). — *Manuel de pathologie interne*, 13e édition. Paris, Masson, 1901, 4e volume, p. 119.

Fabre. — *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*. Paris, 1840.

Finck. — *Gallenkrankts*, p. 238.

Gamberini. — Deux cas remarquables de hoquet ; bons effets de l'acupuncture et du galvanisme. *Gaz. méd. de Paris*, 2e série, t. VI, 1838, p. 412.

— *Gazette médicale de Paris*, 1850.

Gola. — Guérison d'un hoquet chronique à l'aide de l'acide sulfurique. *Archives générales de méd.*, 1re série, t. IV, 1824, p. 614.

Graves (R. J.). — *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1863, tome II, p. 176.

Hufeland (C. W.). — Geschichte eines heftigen Singultus. *J. d. prakt. Arznk. u. Wundarznk.* Jena, 1798, VI, 853-862 (Hansa-Henning).

Jaccoud. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1873, t. XVII et XXXVI.

Langlois et Varigny. — *Traité de physiologie.* Paris, 1893.

Latour (Amédée). — Hoquet arrêté subitement par le chloroforme. *Annales médico-psychologiques*, t. XII, 1848, p. 118.

Littré (E.). — *Dictionnaire de médecine.* Paris, 1893 (17e édition).

Loquet (Alfred). — *Du hoquet comme symptôme dans les maladies et de son traitement.* Thèse de Paris, 1865.

Louis. — *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de Fièvre typhoïde, putride, adynamique, ataxique, bilieuse, muqueuse, gastro-entérite, dothiénentérie, etc., considérée dans ses rapports avec les autres affections aiguës.* Deuxième édition, considérablement augmentée. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

Maissiat. — *Etudes de physique animale. Rôle des gaz de l'estomac et de l'intestin dans la respiration.* Paris, 1843.

Marage. — Hoquet guéri par le chloroforme en potion. *Union méd.*, 1re série, 1851, p. 478.

Masson (J. R.). — *Petit dictionnaire de l'Académie Françoise ou abrégé de la cinquième édition du dictionnaire de l'Académie.* Paris, 1821.

— *Medicinisches Correspondenzblatt*, 1850.

Monneret (Ed.). — *Traité de pathologie générale.* Paris, 1861.

Murchison (Ch.). — *Traité de la fièvre typhoïde*, 1878.

Nosereau. — Observation sur un hoquet, à la suite d'une fièvre aiguë. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, 1785.

Rose (John). — Incessant Hiccup cured by the application of the Ether spray to the neck and epigastrium. *The Lancet*, 1871, vol. II, p. 181.

Rullier. — Traitement du hoquet convulsif par la cautérisation actuelle, pratiquée à l'épigastre. *Bulletins de la Soc. anat. de Paris*, 1re série, t. III, p. 170.

Viault et Jolyet. — *Traité de physiologie humaine.* Paris, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE Ier. — Documents cliniques. 11

CHAPITRE II. — Description ; diagnostic 37

CHAPITRE III. — Pathogénie 41

§ 1. — *Etude générale du hoquet*. 41

§ 2. — *Historique* 45

§ 3. — *Essai de pathogénie*. 48

CHAPITRE IV.— Pronostic 54

CHAPITRE V.— Traitement 56

CONCLUSIONS 59

BIBLIOGRAPHIE 61

Imp. J. Thevenot, St-Dizier (Haute-Marne),

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).